

福祉用具が必要な理由（別紙）

被保険者氏名			被保険者番号		
記入者	所属			電話番号	
	氏名		記入日	年	月 日
住宅改修併用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （改修内容：			
福祉用具貸与併用		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （貸与内容：			

（１）基本情報

年齢		要介護度		介助の有無	
家族構成		介助者			
福祉用具アドバイザー利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アドバイザー氏名			

（２）身体 の 状況（具体的かつ簡潔に記入）

※アドバイザーを利用していなければ無記入で構いません。

福祉用具を購入するに至った疾病		
身体状況の変化		
購入前の入院・入所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （期間： 年 月 日 ～ 年 月 日）	

（３）該当箇所にチェックしてください(購入品目に関わらず、すべての欄にチェックしてください)

立ち座り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移乗	<input type="checkbox"/> 自立（介助なし）	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえればできる	<input type="checkbox"/> できない
歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
立位	<input type="checkbox"/> 自立（介助なし）	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
段差昇降	<input type="checkbox"/> 自立（介助なし）	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
排泄	<input type="checkbox"/> 自立（介助なし）	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> その他（	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立（介助なし）	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

（４）福祉用具が必要な理由（どのような状況で困っていて、今現在、どのように生活されているのか具体的にお書きください。）

No	用具種類	困っていること(現在の対応策)	目指す目標（用具導入による効果）
1			
2			
3			

※洗浄機能等、本来の目的以外で分けられない機能が付属している商品に関しては、付属している機能の必要性も確認します。必要な理由を必ずご記入ください。